

A MAGYAR ORVOSOK TÁRSADALMI HELYZETE,  
SZOCIOLÓGIAI JELLEMZŐI

/Az ELTE BTK Szociológiai Tanszéke az elmúlt középtávu kutatási tervidőszakban az értelmiségi kutatások koordináló intézménye volt. E munka keretében került sor arra a kérdőíves vizsgálatra, melyet az orvosok körében folytattunk. 1973 decemberében kérdezőbiztosaink Budapesten és a megyeszékhelyeken kívül az ország 51 városában és 245 községében mintegy 1400 orvost kerestek fel. Az adatok gépi feldolgozásához 1215 értékelhető kérdőívet kaptunk. Válaszadóink kielégítően reprezentálják az orvosokat a fontosabb egészségügyi intézmények, a települési szintek, nemek és korcsoportok szerint. A kutatásból nyert információkat kollégáimmal, Bánlaky Pállal és Kérész Gyulánéval dolgoztuk fel./

Névés vagy sok az orvos Magyarországon? Amikor néhány éve az orvosvizsgálathoz fogtunk, úgy vélekedtem, hogy erre a kérdésre roppantul egyszerű a válasz: meg kell nézni az orvosok számát, majd elosztjuk a lakosság számával, és az orvosellátottsági index módot nyújt a különböző fejlettségű országokkal való összehasonlításra, "helyezésünkől" pedig csalhatatlanul leolvasható a megfelelő értékitélet. Kicsit közelebből megismerkedvén az egészségügy és az orvosok helyzetével, ma úgy gondolom, hogy a kérdést nemcsak hogy nem könnyű, de talán nem is lehet egyértelműen megválaszolni. Az orvosok számának mint önmagában vett ténynek az értékelésénél mondhatatlanul sok körülményt kell figyelembe venni. Az előadás ezt a jelenségegyüttest kíséri meg körüljárni, megvizsgálva néhány jelenséget, amelyek ilyen vagy olyan módon hatnak az orvos munkájára,

munkahely-választására, és befolyásoló, meghatározó szerepük révén segítenek a dolog mennyiségi vonatkozását minősíteni.

### Az orvosi munka szervezeti-intézményi háttérének egyenlőtlen fejlődése

Az utóbbi évek egészségügygel foglalkozó irodalmában már-már közhellyé vált annak megállapítása, hogy az ellátás szervezeti-intézményi rendszere sokban nem tud megfelelni az egyre növekvő követelményeknek; a fejlesztés társadalompolitikánk egyik középponti feladatává vált. A felszabadulás óta az egészségügy jelentősen fejlődött, de ez a folyamat nem volt sem egyenletes, sem ellentmondásmentes.

A jelenlegi elmaradottság nem csekély hányada a felszabadulás előtti ellátás sajátosságaiból, "örökségünkéből" következik. Az ország egészségügyi rendszerének kiépítése a múlt század harmadik harmadában, a kiegyezés után indult meg, ugyanazokkal a fejlődési zavarokkal, felemás megoldásokkal, amelyek a korszak egész gazdaság- és társadalomtörténetét jellemezték. Az ellátás intézményesítése terén számos eredményt mutathattunk fel; így pl. Korányi Frigyesnek a múlt század végén meghirdetett programja: "Magyarország közegészségügye tulajdonképpen a kórházügy!" - igen gyorsan hatott. Nagyarányú kórházépítkezés kezdődött el, a kórházi ágyak száma a kiegyezéstől a második világháborúig tízszeresére nőtt. Az ágyellátottsági mutató alapján már a huszas évek közepén megközelítettük a legfejlettebb nyugat-európai országokat. Ez a nagyarányú kórházfejlesztés azonban nem csökkentette, inkább növelte a társadalom egyes rétegei között a felkvőbeteg-ellátáshoz való hozzájutás esélyét, mert az ágyak jelentős hányada magánkézben és jótékonyági intézmények, biztosítótársaságok kezelésében állt. A kórházkultúra terén messze kedvezőbb képet mutattunk, mint amit az ország megbetegedési-halálozási statisztikái tükröztek.

Az orvosszám tekintetében még előkelőbb helyen álltunk a nemzetközi összehasonlításban: a lakosságra jutó orvosok szá-

ma alapján jó néhány nálunk gazdaságilag fejlettebb országot megelőztünk, miközben az ország lakosságának tekintélyes része halt meg úgy, hogy életében nem találkozott orvossal. A biztosítottak aránya még a lakosok egyharmadára sem terjedt ki, a közegészségügyi állapotok terén pedig a legelmaradottabbak közé tartoztunk. Félelmetes méretekben szedték áldozataikat az ún. "nyomorbetegségek", a tbc, a nemibaj, a csecsemőhalál. Az ország súlyos közegészségügyi helyzetének következményeként, a munkásmozgalom nyomására és a haladó orvosi törekvéseknek köszönhetően a husza's-harmincas években egymás után alakultak és nagy súlyt kaptak a megelőzés intézményei: az Országos Közegészségügyi Intézet, a Zöldkeresztes Mozgalom, az iskolaorvosi hálózat, a tbc és nemibaj leküzdésére létrehozott egyesületek, társaságok. E szervezetek munkája is tükröződik abban, hogy a harmincas évek végétől sikerült mérsékelt eredményeket elérni a népbetegségek megfékezésében.

Összegezve: a felszabadulás előtt az egészségügy szervezeti-intézményi rendszere - mai kifejezéssel az egészségügyi infrastruktúra - fejlettebb volt annál, mint amit az adott társadalmi viszonyok közepette és a magánpraxis rendszerében a társadalom optimálisan működtetni tudott volna. Ez a tény azután számos formában rányomta a bélyegét a felszabadulás utáni fejlődésre, a társadalompolitikai koncepciókra. Nevezetesen egy olyan illúziót termelt ki, hogy a meglévő keretek még jó ideig elégséges alapul szolgálhatnak a fejlődéshez, illetve hogy az ellátási rendszer államosításával, a biztosítás fokozatos kiterjesztésével az egészségügy hosszabb távon megfelelően funkcionálhat.

Közvetlenül a felszabadulás után a háborús károk helyreállítása lassította az intézményrendszer fejlesztését, majd a gyorsított ütemű iparosításra koncentráltuk az erőforrásokat. Példaként említem meg, hogy a hatvanas években indult csak meg a vidéki kórházépítési program, de eközben a fővárosban egyre súlyosabbá vált a helyzet a fekvőbeteg-intézmények terén. Országosan súlyos gond, hogy egyes kórformák, mindennek előtt az ideg- és elmebetegségek, az alkoholizmus gyógyítására

katasztrófálisan kevés kórházi férőhely jut. Az elmúlt negyedszázadban az egészségügynek a nemzeti jövedelemből való részesedési aránya mindvégig nagyjából azonos és meglehetősen alacsony - 3 % körüli - szinten mozgott. Ehhez járult még a tervezett és jóváhagyott beruházások teljesítésének az évenkénti rendszeres elmaradása. "Igy alakult ki egy olyan tendencia, amely az anyagi ráfordítások bizonyos elmaradását létszámmöveléssel próbálta ellensúlyozni. Ebből származott az orvosi munka pazarló felhasználásának megtört gyakorlata..." - olvashatjuk a KNEB-nek egy 1974-es jelentésében, amely a hatékonyabb egészségügyi munkaerő-gazdálkodás kérdésével foglalkozott.

Az orvosi munka "pazarló felhasználásának" egyik formája, amikor a munkavégzés tárgyi-technikai feltételrendszere alacsonyabb szintű, mint az orvos képzettsége, szakmai felkészültsége. Márpedig nálunk többnyire ez a helyzet. Hatékonyságot rontó tényező lehet a kisegítő személyzet létszámának, szakmai színvonalának elégtelen volta is. Az egyik megkérdozett orvos így nyilvánított erről véleményt: "Nálunk, az egészségügyben mindenki eggyel alacsonyabb szintű munkát végez, mint amire képesítették. Gazdag országnak kell ahhoz lennünk, hogy a középkáderek munkáját orvosok lássák el, mert nincs elég nővér, ápolónő, orvosírnok, laboráns."

A felszabadulás óta az egészségügyi ellátás egésze és a közegészségügyi viszonyok megjavítása terén hatalmas eredményeket értünk el, ugyanakkor az alapvető mutatók szerinti nemzetközi összehasonlítás ma is egyenetlenségeket tükröz. A hetvenes évek közepének adatai szerint a kórházi ágyra jutó lakosságszám tekintetében a felsorolt 26 országból csak hetet sikerült megelőzni, míg ugyanezen országok között a fajlagos orvosszám alapján az elsők között foglalunk helyet. Ezekből és más, itt nem részletezett adatokból - pl. a legkisebb beruházást igénylő intézményi formák, a rendelőintézetek gyors kiépítéséből és aránytalan felduzzasztásából - arra következtethetünk, hogy jól képzett orvosaink viszonylag elmaradt intézményrendszerben működnek. Mintegy korlátozott gazdasági lehetőségeinek ellensúlyozandó, ma is sok területen még a ma-

gasan kvalifikált orvosi munkaerő szolgál az ellátás intézményi hátterének pótlására.

Mindennapi tapasztalatainkból tudjuk, és az utóbbi évek un. kongruencia-vizsgálatai ezt számszerűen is megerősítették, hogy a diplomás foglalkozásuk között az egészségügyeket jellemzi legegységértelműbben a képzettség és a betöltött munkakör egyezése. Ami azt jelenti, hogy az orvosi diplomával rendelkezők szinte kizárólag orvosi munkakörben helyezkednek el, illetve hogy orvosi munkakört csak megfelelő képesítésűekkel lehet betölteni. Ez más értelmiségi pályákon korántsem ilyen egyértelmű. Elég ha csak a pedagógusokra vagy a népművelőkre hivatkozunk: miközben igen tisztas a képesítés nélküli pedagógusok, művelődésirány-vezetők, közművelődési funkciót betöltők aránya, a bölcsész diplomásokat a legkülönbözőbb területeken, a legváltozatosabb munkakörökben alkalmazzák. Az orvosok esetében a kongruencia evidensnek tűnik, még a "fekete humor" se tudna megélni egy olyan képtelen szituációból, hogy mondjuk a műtőasztalon fekszik a páciens, a sebészkezt pedig egy "képesítés nélküli" tartja a kezében.

Az egészségügy területén látszólag minden rendben van: a képzettség és a munkakör formális egyezése közel 100 %-os, minden orvosi munkakört orvos tölt be, és szinte minden orvos diplomáját az egészségügy területén hasznosítja. Nyitott kérdések azonban maradnak így is szép számmal. Vajon orvosi diplomát igényel-e valóban minden orvosnak nyilvánított munkakör? Megkérdezettjeink erről egyhangzóan úgy nyilatkoztak, hogy az egészségügyben ma már jó néhány olyan munkaterület van, és ezek száma a tudomány és a technika fejlődésével várhatóan szaporodni fog, ahol felesleges pazarlás orvost alkalmazni. Többek között ide sorolták a KÖJÁL-ban, laborokban, igazgatási apparátusban dolgozók nagyobb részét.

Egy másik, nem kevésbé fontos kérdés, hogy vajon az orvos munkaidejének mekkora hányadában végez ténylegesen is orvosi munkát, továbbá hogy minden olyan munkát el tud-e végezni, amely munkaköri kötetmei közé tartozik, úgy végzi-e a munkáját, olyan szinten és intenzitással, ahogyan erre az orvosi

esküje kötelezi? A választ keresve első közelítésben induljunk ki ismét az intézményrendszer fejlődési anomáliáiból. A társadalombiztosítás a hetvenes évek közepén vált teljes körűvé. A biztosításba vontak számának rohamos emelkedését nem követte ilyen ütemben az intézményrendszer fejlesztése, ami a körzetekben, gyermekkörzetekben, rendelőkben egyre nagyobb zsufoltságot eredményezett, az orvosoktól pedig jelentős erőfeszítést követelt. A munkamegosztás, munkaszervezés alacsony foka, a felesleges párhuzamosságok miatt kialakult a betegküldözgetés gyakorlata, amely óhatatlanul előidőzi az orvosi felelősség felhigitásának jelenségét. Az orvost terhelő papírmunkák özöne miatt is kevés idő jut a betegekre, illetőleg nem jut idő olyan érdemi orvosi munkára, mint amilyen a beteg megnyugtatója, a bensőséges, személyes problémákat is érintő beszélgetés, az egészségnevelés, felvilágosítás, az intim légkör kialakítása. Hogy csak egyetlen példán érzékeltessem ezt: ma nálunk a fiatalabb kórházi orvos egyben "hivatásos gépirónő" is. Maga gépeli felvételnél az adatlapot, anamnézist, elbocsátásnál a kórházi zárójelentést. Mennyivel tartalmasabb lehetne a kapcsolat, ha ezt az időt a beteggel tudná töltetni.

A fenti jelenségek rontják a közvélemény szemében az orvostársadalom hitelét. A várakozás, zsufoltság szituációjában elég egyetlen apróság, az orvos egy bosszus megjegyzése, a beteg siettetése, hogy a várakozók körében közszájon forogjanak lelketlen orvosokról, pontatlan diagnózisról, orvosi műhibákról, félelmetes jövedelmekről, nagy pénzekért vállalt műtétekről szóló történetek. A negatív előítéletesség természetével jól megfér a pozitív kivételképzés. Gondolok itt a "mi orvosunk" felmentésére, aki "más", mint a "többi". Furcsa helyzet ez, miközben minden egyes gyógyító orvos személy szerint valaki vagy valakik számára pozitív példa, kivétel mint orvos általánosított negatív megítélések alanya. Mindezzel természetesen nem azt akarom mondani, hogy ma nálunk nincs olyan orvos, aki kiérdemelte a lelkiismeretlen vagy pénzsóvár jelzőt. Mint bármilyen - legyen az nemi, életkori, etnikai, foglalkozási - ismérvek alapján képzett embercsoport esetében, itt se

helyénvaló az általánosítás. Az orvosok között is különböző mentalitású emberek vannak, és az objektív körülményekre való hivatkozással sem egy foglalkozási csoport egészét, sem annak egyéneit nem lehet felmenteni a morális felelősség terhe alól. Mégis úgy gondolom, hogy az orvosi munka hétköznapijainak feszültségeit, az orvos-beteg kapcsolat problémáit nem lehet morális kérdésekre redukálni. Napjaink egészségügyi ellátásának egyik kulcskérdése az orvosi képzettség maximális hasznosítása, ez pedig elválaszthatatlan az orvosi munka tárgyi, technikai, személyi feltételrendszerétől és a munkaszervezés fokától.

### Az orvostársadalom demográfiai-társadalmi összetétele és az orvoseloszlás összefüggései

Társadalmunk felszabadulás utáni fejlődésének egyik fontos jellemzője, hogy a magyar értelmiség létszáma rendkívül dinamikusán növekedett, és e számbeli gyarapodást a szakmai összetétel gyökeres átalakulása kísérte. Míg 1941-ben az egészségügyiek az összes diplomások 17 %-át adták, napjainkra ez az arány 10 % alá süllyedt. Emellett az orvosok létszámnövekedési dinamikája is meglehetősen visszafogott volt: miközben pl. a műszakiaknál több mint hatszoros, a pedagógiai végzettségűeknél négy és félszeres, a közgazdászoknál öt és félszeres, a mezőgazdaságialkál közel négyszeres a növekedés, az orvosok száma éppen csak megkétszereződött. Az orvosképzés ütemének ez a visszafogottsága nem kis mértékben annak, a már említett ténynek tulajdonítható, hogy a két háború közötti időszakban az orvosellátottság a kifejezetten "jó" mutatók közé tartozott. Napjainkban az orvosok száma meghaladja a 29 ezer főt, ez tízezer lakosra 27,2 orvost jelent, vagy a szemléletesebb arányszám szerint egy orvosra alig több mint 400 magyar állampolgár jut. Mondani sem kell, hogy ez rendkívül jó ellátottsági mutató. Aki azonban figyelemmel kísérte az utóbbi évek rádió-riportjait, kerekasztal-beszélgetéseit, sajtóvitáit, ezzel ellentétes benyomást alakított ki magában. Ezekből a széles körű nyilvánosságot megmozgató jelzésekben úgy tűnt, hogy szűkében vagyunk az orvosoknak, egyes területeken és munkakörökben krónikus az orvoshiány, falvak egész sora áll évek

óta orvos nélkül. Másutt a falusi orvosnak éjjel-nappali kó-szenlétben kell állnia, mert nem tud helyettesítést, ügyeletet beállítani. Az is köztudottá vált, hogy néhány szakmában, ezeket hivatalosan is hiányszakmáknak nevezik, ugyancsak tartós az orvoshiány, különösen vidéken nem könnyű röntgenest, bőrgyógyászt, üzemorvost, labororvost stb. találni. A hatékonyabb egészségügyi munkaerő-gazdálkodás kérdése 1974-ben került éle-szebben napirendre. Alapos elemzések születtek, melyek kimu-tatták, hogy az orvoshiány relatív, azaz miközben egyes terü-leteken, szakmákban kevés az orvos, a fővárosban klinikákon, kórházakban indokolatlanul sok. Az orvosok munkavállalásában szerepet játszó egyéni indítékok, szakmai ambíciók és a tár-sadalmi szükségletek közötti összhang megbomlott, előállt a fordított arányú ellátottság jelensége, azaz ahol a legnagyobb a hiány és a szükség, oda megy legkevesebb szívesen és számsze-rűen is a legkevesebb orvos.

Azóta számos rendelet, intézkedés született, ezek hatásá-ra enyhültek a gondok, javult az orvosok területi eloszlása. /Hogy csak néhány fontosabb rendeletre utaljunk: szabályozták a pályakezdekők elhelyezkedését, intézkedés született az intéz-mények munkájának jobb összehangolására, a felesleges párhuzamosságok kiiktatására, felemelték a középkáderek, majd az orvosok fizetését, utóbbiaknál komoly fizetéskiegészítő pótlékkal támogatva a kevésbé vonzó munkahelyeket. Az új gyógy-szerrendelet adminisztrációt csökkentő hatással volt stb./ Ezek a változások kedvező hatásuk, és a vizsgálatunk óta el-telt néhány év alatt új helyzetet teremtettek az orvosok mun-kakörülményeiben, a munkaerő-gazdálkodás kérdésében. Érintet-lenül hagytak azonban egy sajátos feszültségforrást, neveze-tesen az orvostársadalom demográfiai-társadalmi összetétele és az ország orvoseloszlása közötti összefüggést. Könnyen belát-ható, hogy az értelmiségi foglalkozásuk munkahelyválasztása nem függetleníthető a demográfiai, szociális jellemzőiktől, vagyis a nemtől, életkortól, családi állapottól, földrajzi és társadalmi származásuktól, szüleik lakóhelyétől stb. E jellem-zők tekintetében az orvosok összetétele kedvezőtlenül alakult;



a pálya rohamosan nőiesedik, származási összetételét tekintve a legexkluzívabb a diplomás szakmai csoportok között, végül igen magas körükben a fővárosi /nagyvárosi/ származásúak aránya, - mindez pedig erőteljesen hat a munkahely megválasztására, ezen keresztül az orvosok területi, szakmai megoszlására. Egy értelmiségi foglalkozási csoport strukturális összetétele nehezen változtatható adottság, nem kevésbé hosszadalmas folyamat, mint mondjuk Magyarország elmaradott településszerkezetének a megváltoztatása. A feszültségforrások tehát nem felszíni, így leküzdésük is csak összetett, átgondolt intézkedések sorozatától várható. E bonyolult jelenségegyüttesből egy kérdéskört érdemes kicsit tüzetesebben is megvizsgálni, az orvosok területi elhelyezkedésének sajátosságait.

Bizonyára nem szükséges hosszasan sorolni az érveket annak alátámasztására, hogy az orvosok területi eloszlása és a fajlagos orvosszám között szoros összefüggés van. A diplomás szakmák többsége városias, sőt fővárosias, csak néhány foglalkozást jellemez a "földrajzi teritettesség". Így orvosnak, gyógyszerésznek, pedagógusnak mindenképp jelen kell lennie, ahol emberek egy nagyobb csoportja él. A felszabadulás előtti egészségügyi ellátás nagyfokú elmaradottsága, ezen belül is a területi egyenlenségek és nem utolsósorban az ország kedvezőtlen települési adottságai szükségessé tették az intézmények működése és együttműködése szempontjából kevésbé optimális, de az ellátás hozzáférhetősége szempontjából humánusabb intézménytelepítési gyakorlatot. A szocialista egészségügy legfőbb alapelve az ellátás hozzáférhetősége, ezért ahol emberek élnek, ott ki kell építeni az orvosi szolgálatot. Mindaddig tehát, amíg lesznek az országban alacsonyan urbanizált települések, szükség van ott dolgozó orvosokra is. Ma minden ötödik orvos községekben él és dolgozik, s falun a körzet az ellátás tipikus formája. Minden második körzeti orvos községi, és a községi orvosoknak közel 60 %-a körzeti orvos.

Vizsgálati adataink között felfigyeltünk egy érdekes jelenségre. A falusi orvosok nagyobbik hányadát, 58 %-át két korosztály férfiai, a harmincasok és a negyvenesek adják. A

nőknek ugyanakkor csak igen kis része, mindössze 19 %-a dolgozik falun, noha az orvosnők aránya vizsgálatunk idején már 37 %-os volt.

Vizsgáljuk meg elsőként azt a kérdést, miért nem mennek szívesen falura dolgozni az orvosnők? Néhány évvel ezelőtt teljes körű vizsgálatot végeztek a falusi körzeti orvosok élet- és munkakörülményeiről. A beszámoló egyik hangsúlyos megállapítása, hogy a nehéz élet- és munkakörülmények miatt a jövőben "komolyabb mérlegelés tárgyát kell képezze a nők alkalmaztatása a falusi körzeti orvosi szolgálatban". Falun az állandó készenlét, a fokozott felelősség, a megfelelő intézményi-szakmai környezet hiánya a nőt jóval nehezebb helyzet elé állítja, mint a férfit. Különösen, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a hagyományokat erősebben őrző falusi lakosság körében nehezebb elfogadtatni az orvos szerepében a nőt, mint mondjuk egy nagyváros rendelőjében vagy egy kórházi osztályon. Biztos, hogy fontos szerepet kap mindebben a nők szigorubb családi kötöttsége is, különösen, ha nemcsak a munkahelyen, de a "második műszakban" is megoldatlan a helyettesítés. Emellett közismert, hogy falun rosszabbak a nők férjhezmeneteli esélyei, mint a nagyvárosokban. Különösen, ami az azonos szinten iskolázott élettársak választékát illeti. Márpedig a diplomás nőkben jóval erősebb a törekvés arra, hogy diplomás élettársat találjanak, mint a férfiaknál. Talán ezt igazolja számos adat mellett az az ujabban egyre terjedő szokás is, hogy már az egyetemi évek alatt házasságot kötnek az évfolyamtársak, ezzel mintegy "bebiztosítják" magukat a végzés utáni munkavállalásra. Minél több nő van ugyanis a végzettek között, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a legkevésbé vonzó munkahelyekre és településre kerüljenek. Az elnőiesedés közismert velejárója, hogy a férfiak számára növeli a munkahelyválasztási esélyeket, azaz nagy valószínűséggel ők kerülnek inkább a legvonzóbb településekre és munkaterületekre. Az orvosi pálya rohamos elnőiesedése nem csak a nők számára kedvezőtlen perspektíva, de úgy tűnik, a jövőben komoly munkaerő-gazdálkodási problémákat is felvethet.

Térjünk vissza a falusi orvosok derékhadát képező két korosztály férfiakra, a harmincas, negyvenes orvosokra. Származási összetételét tekintve ez a "legnyitottabb" két korcsoport, azaz körükben a legmagasabb a munkás-paraszt származásuk aránya. Zömmel akkor kerültek a pályára, amikor még a pályakezdésnél szigorú irányítási rendszer volt érvényben, és noha a körzetbe pályakezdőt soha nem irányítottak, mert ez a szakmai előírások szellemével ellenkezik, mégis sokan közülük végzés után már körzetbe kerültek és ma is ott dolgoznak. Vizsgálatunk részadataiból úgy tűnik, hogy számukra legvonzóbb a körzeti orvosi munka nyújtotta egzisztenciális biztonság, valamint a falusi körzeti állással járó szolgálati lakás. E körülmények magyarázhatják, hogy pályakezdőként itt helyezkedtek el. Ez azonban azt jelentette számukra, hogy meg is maradtak ezen a szinten, mert az orvosi pályán a szakmai karrier perspektívái - csakugy, mint a települési hierarchián felkerülés lehetőségei - meglehetősen kötöttek. Az előbbi körházi gyakorlathoz és az ezen keresztül megszerezhető szakvizsgálathoz kötött, márpedig kórház inkább csak a városokban található. A szakvizsga megszerzésének rosszabb lehetőségei hátrányt jelentenek az állásváltogatásban, ebből adódóan pedig a magasabb szintű településre kerülésben. Pontos mutatója ennek a következő adatsor: a megkérdezett orvosok 70 %-a szerzett szakképzettséget, a körzeti orvosoknak azonban csak 36 %-a volt szakképzett 1973-ban. De míg a budapesti körzetiek 61 %-a szakképzett volt, ez az arány a falusiaknál mindössze 22,5 %. Utóbbiaknak szinte egyike sem falusi körzeti orvosként kezdett, hanem egy magasabb szintű település más típusú intézményéből "hozta magával" falura a szakvizsgát. A falusi körzeti orvosok nagy többsége, ha változtat is telephelyén, ismét csak falun helyezkedik el.

A köztudatban az orvostársadalmat mint meglehetősen "zárt" származási réteget tartják számon. Vizsgálati adataink ezt főként az 50 év feletti és a legfiatalabb, a 30 év alatti korosztályoknál, valamint a nőknél igazolták. Az orvosok származási homogenizálódása és az elnőiesedés jelensége a jövőben meglehetősen komoly feszültségeket okozhat, elsősorban a te-

lépülések egyenletes munkaerő-ellátottságát veszélyeztetheti. Az adminisztratív intézkedések, amilyen pl. a pályakezdés megszigorítása, csak látszatra hozhatnak javulást, nagy számu egyéni konfliktus árán tudják csak közelíteni a társadalmi igényekhez az orvosok eloszlását. Javulást hozhat természetesen, ha a munkahely nemcsak az orvos megszerzésére törekszik, hanem az élet- és munkafeltételek javításával a megtartására, marasztalására is. Ugy tűnik emellett, hogy az egyetemi kiválasztás reformján is töprengeni kellene. Bizonyos, hogy nem kedvezett az orvoshallgatók kiválasztódásának, származási összetételének az orvoskarokra bejutás nehézségeiről kialakult évtizedes hírverés sem. Jellegzetes típusokat termelt ki, pl. azt a lányt, aki már 14 éves korától szisztematikusan készül a felvételire, anélkül, hogy a pálya lehetőségeit ismerné. Óriási csalódás számára, ha a végzés után kerül szembe az állás kínálat drasztikus realitásával. Egy másik jól ismert típus, akit kiváló középiskolai eredményei feljogosítanak arra, hogy megkísérelje a felvételit, noha nem annyira az orvosi pálya, mint inkább a magas presztizsű diploma vonzza őt. Fel kell tételezni, hogy sok rátermett fiatal van, akiben a hivatástudatot is háttérbe szorítja az elriasztó hírverés, a 20-pontos pánik, és fel se merül benne a lehetőség, hogy egy gyenge fizikajeggyel megkockáztassa a jelentkezést. Valahogyan ezeket a fiatalokat kellene felkutatni és tudatosan a pályára irányítani. Ez persze egyfajta szelekció, amelyet ma nem szívesen vállalunk fel. Pedig nem tagadható, hogy szelekció most is folyik, csak spontán és "személytelen" formában. Ma a pályára kerülést a társadalmilag előnyös helyzet, a kereslet-kínálat törvényei szabályozzák. Talán igazságosabb egy olyan felvételi rendszer, amely nem az orvosegyetemi tanulmányokhoz, hanem a pálya követelményeihez, a társadalmi szükségletekhez igazítja inkább a kiválogatást. Már csak azért is, mert ami most előnyként jön számításba a felvételnél, nevezetesen az értelmiségi származás, a fővárosi, nagyvárosi iskoláztatás, a végzés után ez okozhat elhelyezkedési problémákat, személyes konfliktusokat.

## Az orvosszerep társadalmi változásai

Manapság már kevés foglalkozásnak tulajdonítanak olyan egyértelmű megkülönböztető jegyeket, mint az orvosi hivatásnak. Szívesen gondoljuk azt róluk, hogy egy tértől, időtől független, minden változásnak ellentálló foglalkozás megtestesítői. Az orvos ma is a legfőbb individuális érték, az ember egészségének egyedüli őrzője, vagy ahogyan régebben kifejezték: "élet és halál ura". A társadalom tagjainak szükségük van egy olyan szakértői csoportra, amely minden tudásával segítségükre siet, hogy betegségüket, fájdalmukat enyhítse, leküzdje. Az orvost eskü köti hivatása gyakorlásában: felkészültségét, a rendelkezésére álló eszközöket maximálisan hasznosítani kell a gyógyítás folyamatában, a beteg érdekeit mindenek fölé kell helyeznie. Az orvosi etika normái alig változtak az évezredek során, a Hippokratész által megfogalmazott kódex adja ma is az orvosi rendtartás gerincét.

Valójában az orvos szerepe századunkban alaposan megváltozott. Az egységes orvosképet már a múlt században meghonosította a közegészségügyi-járványügyi feladatok tömeges felmerülése és megoldásának társadalmi szükséglete. A kapitalizálódás, a gazdasági fellendülést kísérő iparosodás, a népességszám gyors növekedése, az urbanizáció, a közlekedés fejlődése, a közintézmények szaporodása újfajta egészségügyi problémákat hozott felszínre. Megindult az orvosi szakmák specializálódása, mely már a huszas években kezdte éreztetni hatását. 1924-ben 16-féle szakból lehetett képesítést szerezni. A specializáció gyorsulását mutatja, hogy vizsgálatunk évében 34-féle szakosodási lehetőség volt, ez a szám mára megduplázódott.

A specializációt az orvos szerepe és ezzel az orvosképzés feladatai körüli bizonytalanság kíséri. A korábban egységes orvosi tevékenység ma már sokféle, alapvetően különböző és egymásra épülő tevékenységi formára tagolódik. Az ellátás intézményszerűsítése, a team-munka, a technikai eszközök térhódítása mellett mind az orvosok, mind a lakosság szempontjából

kétségek nélkül a legnagyobb változás, hogy a régi házi orvos típusu orvos-beteg kapcsolat háttérbe szorult, más, kevésbé személyes kapcsolatok mellett. A korszerű egészségügyi szervezetben az orvosnak "kliense" lehet egy egész gyár, iskola, város, falu stb. népessége. Könnyen belátható, hogy az orvos és a "kollektív páciens" kapcsolata gyökeresen más természetű, sem hogy ez a hagyományos orvosszerop fogalmaival leírható lenne.

Az orvosi tevékenység tagolódásának csak egyik tendenciája a szakosodás. Különösen az elmúlt két évtizedben egyre nagyobb hangsúlyt kap a tevékenység tagolódásának egy másik tendenciája, a társadalomorvostani szemléletmód érvényesítése. Ennek lényege, hogy az orvos figyelme a beteg ember egész személyiségére irányul, nem a betegséget, hanem a beteg embert kezeli, a diagnózis és a terápia során mindazon hatásokkal számol, amelyek a személyiséget érő természeti és szociális környezetből erednek.

Noha az orvos társadalmi szerepe jelentősen átalakult, sok irányban megváltozott feladatait nem szabályozzák még ugyanolyan hatásos normatívák, mint a gyógyító orvosét. A lakosság se szokta még meg, mert nem is nevelődött arra, hogy azt az orvosi munkát is becsülje, amelyet egészségének védelmében, betegségének megelőzése érdekében végeznek. Ezért a hasznosság visszacsatolásának élményében is a gyógyító orvos részesül elsősorban. Ezért olyan vonzó a kórházi ágy melletti orvosi munka, és ezért olyan nehéz néhány szakmában, munkaterületen megfelelő számú orvost találni. A hagyományos orvoskép is a gyógyító orvos modelljét őrzi és konzerválja. Pedig ez az orvosszerop ma már alig illeszthető a pálya realitáshoz. Szociológiai szempontból nincs orvos általában, csak meghatározott intézményben, szakterületen, konkrét tárgyi és személyi feltételrendszerben működő orvos van. Az ellátási formák milyensége végülis a társadalom gazdasági helyzetének függvénye, de befolyásolja az orvos munkáját a népesség demográfiai összetétele, a lakosság közegészségügyi állapota, a társadalom megoldatlan szociális problémái stb. Végül soron nincs olyan társadalmi jelenség, még kevésbé olyan megoldatlan

szociális feszültség, amelynek ne lennének, ne lehetnének egészségügyi konzekvenciái. A társadalom fejlődésével az orvosra egyre több és összetettebb feladat hárul. Pl. minél zártabb emberközösségben tevékenykedik, annál nagyobb a valószínűsége, hogy csak kevés diplomás partnerre számíthat a kulturaközvetítő funkció betöltésében. De az is könnyen belátható, hogy ezeken a településeken - a falvakra gondolok - alacsonyabb a népesség iskolázottsági színvonala, ezért fokozottabban igényli az egészségnevelő, kulturaközvetítő szerepet. Hasonlóan sokat vár a társadalom az urbanizációs ártalmak, az újfajta népbetegségek leküzdése terén az orvostól. Gondolok itt az alkoholizmus, neurózis, keringési betegségek gyakori előfordulására, a megelőzés, aktív felkutatás, gyógyítás és rehabilitáció hatalmas feladategyüttesére. Ezeket a problémákat az orvos nem oldhatja meg a társadalom aktív közreműködése nélkül. Az egészségügy mindannyiunk ügye, és amilyen mértékben kilép az orvos a hagyományos szereprendszerből, olyan mértékben kell bekapcsolódnia a társadalomnak az egészségvédelem, egészségnevelés munkájába. A társadalom fejlődésével egyre inkább lebomlanak a szűk munkamegosztás határai. Az orvosra egyre több olyan feladat hárul, amely korábban nem minősült orvosi munkának, - a társadalom mind több olyan tennivalót magáénak tudhat, amelyet korábban csak orvos végezhetett.

Térjünk vissza a bevezetőben feltett kérdésre: sok vagy kevés az orvos ma Magyarországon? Akárcsak az elején, most se tudunk a kérdésre egyértelmű választ adni. Csupán néhány olyan jelenséget vázoltunk fel, amelyek segítenek értelmezni az orvosszám tényét, de már ez a töredékes elemzés is érzékeltette talán, hogy egy ilyen mennyiségi mutatónak mennyire sokszínű a társadalmi relevanciája.